

Artículo original

Características clínicas de la nueva epidemia de influenza A (H1N1)

Mónica Rodríguez Valero,* Héctor Prado Calleros,** Gerardo A Bravo Escobar,*** Rafael Ricardo Valdez Vázquez,****
Rafael Figueroa Moreno¹

Resumen

ANTECEDENTES

La influenza es una enfermedad respiratoria. En abril de 2009 se describió una epidemia por virus de influenza A (H1N1). Los síntomas clínicos abarcan desde enfermedades respiratorias leves hasta enfermedades de las vías respiratorias inferiores, deshidratación o neumonía.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas que al momento de la evaluación inicial manifestaron los pacientes con síntomas respiratorios agudos. Comparar las características clínicas de los casos confirmados y de los casos con prueba negativa de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo en el que se estudiaron los registros de la evaluación inicial hecha a los pacientes que, de abril a septiembre de 2009, acudieron con prueba confirmatoria (RT-PCR) al Hospital General Dr. Manuel Gea González para ser valorados.

RESULTADOS

Se estudiaron 1,108 registros, que correspondían a 493 mujeres y a 615 hombres; la edad promedio fue de 32 ± 18 años. Se confirmó 32% de los casos. El 34% de los pacientes acudió a revisión a las 24 horas de que iniciara el cuadro clínico. Los síntomas estadísticamente significativos fueron: existencia o antecedente reciente de fiebre o mialgias y ataque al estado general; en la exploración física hubo tos, desorientación y coriza. En cuanto a las comorbilidades, el asma fue significativa. El 30% fueron niños, 89% de la población estudiada sufrió enfermedad similar a la influenza, 92% de la población confirmada padeció dicho síndrome y 87% de los casos no confirmados no cumplió con los criterios para que le fuera diagnosticado este síndrome.

CONCLUSIONES

Existen diferencias significativas en los síntomas sistémicos, que son más frecuentes en el grupo de casos confirmados.

Abstract

BACKGROUND

Influenza is a respiratory disease. In April 2009 an epidemic due to the virus of influenza A (H1N1) was described. Clinical symptoms vary from slight respiratory diseases to inferior respiratory tract diseases, dehydration or pneumonia.

OBJECTIVES

To describe the clinical characteristics at the moment of the initial evaluation of patients with acute respiratory symptoms. To compare clinical characteristics of confirmed cases and cases with negative RT-PCR test.

MATERIAL AND METHOD

A retrospective study assessed the records done during the initial evaluation of patients who assisted to valuation to the General Hospital Dr. Manuel Gea Gonzalez with confirmatory test (RT-PCR) from April to September 2009.

RESULTS

One thousand one hundred eight records of patients (mean age: 32 ± 18 years) were studied, 493 were women. Thirty-two percent of cases were confirmed. Thirty-four percent of patients who assisted to evaluation presented in the first 24 hours of the symptoms starting. The statistically significant referred symptoms were: presence or recent history of fever or myalgias and general state attack; at the physical exploration: cough, disorientation and coryza. About comorbidities, asthma was significant. Thirty percent were children; 89% of studied population had influenza-like illness, 92% of confirmed population had that syndrome and 87% of not-confirmed cases did not meet criteria for this syndrome.

CONCLUSIONS

There are significant differences in systemic symptoms, which are more frequent in the group of confirmed cases.

Palabras clave:

influenza A (H1N1), características clínicas.

Key words:

influenza A (H1N1), clinical characteristics.

Introducción

En abril de 2009 se describió el inicio de una epidemia provocada por el virus de influenza A (H1N1); desde entonces el mundo ha sufrido una gran repercusión a consecuencia de este brote. La influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de virus de influenza (A, B o C). El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), de las cuales depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento. El subtipo A puede tener hasta 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16N9, ya que se han detectado 16 hemaglutininas (H) y nueve neuraminidasas (N). Desde el punto de vista de salud pública, el virus de mayor importancia es el virus de influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos y a algunas especies de animales, como aves y cerdos, entre otros. La epidemia actual está relacionada con un nuevo virus identificado como influenza tipo A (H1N1, antes de origen porcino).¹

No se sabe por cuánto tiempo una persona infectada disemina el virus de influenza A (H1N1). En general, las personas infectadas por este virus deben considerarse potencialmente infecciosas desde un día antes de que se manifiesten los síntomas hasta siete días después de que aparezca la enfermedad. Los niños, en especial los más pequeños, pueden ser infecciosos hasta por 10 días.

Entre las personas infectadas con variantes previas del virus de influenza porcina los síntomas clínicos han variado desde enfermedades respiratorias leves hasta enfermedades de las vías respiratorias inferiores, deshidratación o neumonía. Las muertes causadas por variantes previas del virus de influenza porcina han ocurrido de manera poco frecuente.

Las definiciones de casos de infección por virus de influenza A (H1N1) se especifican en el Cuadro 1.

En cuanto al cuadro clínico, informes previos mencionan que los pacientes infectados por influenza pueden sufrir fiebre, escalofríos, cefalea, síntomas de afecciones en el aparato res-

Cuadro 1. Definiciones de casos

Caso confirmado

Persona con enfermedad respiratoria febril aguda y con infección por este virus nuevo, que se confirma mediante PCR en tiempo real o cultivo viral

Caso probable

Persona con síntomas similares a los de la influenza; sus pruebas resultan, mediante el método RT-PCR, positivas a influenza tipo A pero negativas a influenza humana H1 y H3

Caso presunto

Persona previamente sana, menor de 65 años de edad y hospitalizada por síntomas similares a los de la influenza; sin embargo, no reúne las características de las definiciones de caso confirmado o probable. Su prueba de detección del virus nuevo H1N1 resulta negativa; vive en un estado sin casos confirmados, pero ha viajado a un estado o país donde hay uno o más casos probables o confirmados; en los últimos siete días ha tenido una conexión epidemiológica con un caso probable o confirmado

RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real.

piratorio superior (tos, odinofagia, rinorrea, disnea), mialgias, artralgias, fatiga, vómitos o diarrea; sin embargo, hasta el momento no existen reportes que expongan asociaciones de casos confirmados y no confirmados.

En la ciudad de Nueva York 95% de los pacientes con influenza A (H1N1) padeció alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos u odinofagia.² Existen pocos registros sobre la presentación clínica de esta infección en pacientes tratados de manera ambulatoria. El espectro clínico de esta enfermedad abarca desde una infección de alivio espontáneo hasta insuficiencia respiratoria y muerte. En cuanto a pacientes graves, se ha descrito que la edad media de presentación es de 44 años y que 84% sufre comorbilidades.³

* Médico residente de segundo año, División de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

** Jefe de servicio, División de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

*** Médico adscrito, División de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

**** Subdirector de Epidemiología.

¹ Médico adscrito, División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva. Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia: Dra. Mónica Rodríguez Valero. Calzada de Tlalpan 4800, colonia Sección XVI, México, DF, CP 14080. Correo electrónico: monirodval@yahoo.com

Recibido: noviembre, 2010. Aceptado: enero, 2011.

Este artículo debe citarse como: Rodríguez-Valero M, Prado-Calleros H, Bravo-Escobar GA, Valdez-Vázquez RR, Figueroa-Moreno R. Características clínicas de la nueva epidemia de influenza A (H1N1). *An Orl Mex* 2011;56(2):82-89.

Hasta el momento en México se han registrado 64,322 casos confirmados de personas infectadas con influenza A (H1N1) y 573 defunciones.⁴ Se ha reportado una mortalidad de 1 a 11%.⁵ Este amplio rango probablemente se deba a que durante los primeros meses de la epidemia el diagnóstico y el inicio del tratamiento fueron tardíos; actualmente, el porcentaje de mortalidad ha bajado notablemente; se estima que en el mundo es de 0.9%.

El índice de mortalidad por las epidemias de influenza de 1989-1990, 1991-1994, 1995-1996, 1997-1998 y 1998-1999 fue de 0.37% y por la epidemia de 1918-1919 fue de 1 a 2%.⁶

Se ha establecido que poseen mayor riesgo las personas con alguna comorbilidad, obesidad mórbida, afección pulmonar previa, enfermedad cardiovascular, hepática, hematológica, neurológica o neuromuscular o trastornos metabólicos, así como mujeres embarazadas (Cuadro 2).

Cuadro 2. Grupos poblacionales de alto riesgo

Edad

- Mayor de 60 años
- Menor de dos años

Enfermedad crónica

- Cardiopatía (excepto hipertensión arterial sistémica aislada)
- Diabetes mellitus
- Obesidad mórbida
- Cáncer
- Depresión inmunológica
- Enfermedad renal

Otras condiciones

- Embarazo o los primeros seis meses del posparto
- Difícil acceso a servicios de salud
- Pacientes que acuden a una segunda revaloración por deterioro

Las manifestaciones clínicas de la infección por virus de influenza abarcan desde una infección asintomática hasta paro respiratorio y muerte. La enfermedad similar a la influenza se define como la existencia de fiebre, tos, odinofagia, mialgias y cefalea, los cuales no son específicos para influenza. Con este cuadro pueden manifestarse otros patógenos respiratorios, como virus sincicial respiratorio, adenovirus, rinovirus, parainfluenza, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella* sp, *Mycoplasma pneumoniae* y *Streptococcus pneumoniae*.

En una revisión sistemática se publicó que las características clínicas con mayor valor predictivo son: fiebre, tos e inicio súbito, con una especificidad más elevada en adultos mayores. En estudios de cohorte en los que se correlaciona la enfermedad similar a la influenza (en periodos interpandémicos) con la infección confirmada por influenza los límites son de 25 a 45%, mientras que en estudios clínicos el límite es hasta de 70%.^{6,7}

El síndrome denominado “enfermedad similar a la influenza” es definido por la Organización Mundial de la Salud como existencia de fiebre, síntomas respiratorios (odinofagia, tos, rinorrea y coriza, entre otras), síntomas sistémicos (cefaleas, mialgias, artralgias y ataque al estado general, entre otros) e inicio súbito.

Por todo lo mencionado y por la alta sensibilidad y especificidad de la prueba confirmatoria, en este estudio se agrupó a los pacientes con pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) negativas para influenza A (H1N1) como pacientes confirmados.

Actualmente, se ha comprobado que el reciente brote de influenza en México y en el mundo corresponde a un nuevo virus H1N1, del cual se desconocen múltiples aspectos de su epidemiología y de su presentación clínica. Por ello, distinguir las distintas formas de presentación del cuadro clínico es de suma importancia.

Objetivos

Describir las principales características clínicas que al momento de la evaluación inicial manifestaron los pacientes con síntomas respiratorios agudos. Comparar las características clínicas de los casos confirmados y de los casos con prueba RT-PCR negativa para infección por influenza A (H1N1).

Material y método

Para describir las características clínicas y los factores de riesgo se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes que por síntomas respiratorios agudos acudieron al Hospital General Dr. Manuel Gea González para recibir valoración de primer contacto; a los pacientes se les realizó, entre abril y septiembre de 2009, una prueba de detección específica del virus de influenza A (H1N1) mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.0 y la prueba estadística que se utilizó para correlacionar las variables fue la prueba de la ji al cuadrado de Pearson.

Resultados

Se revisaron 1,387 registros de pacientes con síntomas respiratorios agudos, quienes acudieron a nuestro hospital entre abril y septiembre de 2009 para recibir valoración de primer contacto. Se excluyeron 322 pacientes debido a que el registro de su valoración inicial estaba incompleto.

Se estudiaron 1,108 registros de pacientes, quienes tenían una edad promedio de 32 ± 18 años (límite de edad de 2 meses a 107 años) [Cuadro 3]. Se evaluaron 493 mujeres (44%) y 615 hombres (55%). Entre las mujeres de la muestra,

Cuadro 3. Distribución por grupos de edad

Grupos de edad	Total	Casos confirmados	Defunciones de casos confirmados
0 a 17 años	213 (19%)	120 (33%)	0
18 a 64 años	814 (73%)	222 (62%)	6 (2%)
≥ 65 años	81 (7%)	15 (4%)	1 (15%)

N = 1,108 registros.

10 (0.9%) estaban embarazadas, y en siete de éstas la prueba de PCR en tiempo real (RT-PCR) fue positiva, pues tenían virus de influenza A (H1N1).

Se confirmaron 357 casos (32%), mientras que 751 pacientes (67%) resultaron negativos en la prueba RT-PCR. Las características demográficas se exponen en el Cuadro 4.

El 34% de los pacientes acudió a revisión a las 24 horas de que iniciara el cuadro clínico; dicho porcentaje disminuyó

al transcurrir el tiempo. De los 29 pacientes que requirieron asistencia mecánica ventilatoria, a 10 se les confirmó influenza A (H1N1).

Para establecer diferencias entre los casos confirmados y los casos sospechosos se compararon los síntomas referidos por los pacientes, y después de la comparación se encontró que sólo los síntomas sistémicos eran estadísticamente significativos (existencia o antecedente reciente de fiebre o mialgias y ataque al estado general) [Cuadro 5].

En cuanto a la exploración física realizada en la valoración inicial, la tos, la desorientación y la coriza mostraron diferencias significativas entre ambos grupos (Cuadro 6). El síntoma más frecuente fue la cefalea; sin embargo, ésta no fue estadísticamente significativa. La rinorrea purulenta fue el síntoma menos frecuente. La rinorrea hialina se manifestó en la mitad de los pacientes de ambos grupos.

En cuanto a las comorbilidades (Cuadro 7) –después de correlacionar ambos grupos–, el único padecimiento significativo fue el asma. El 30% de los casos confirmados eran

Cuadro 4. Características demográficas de la población estudiada

Característica	Total	Casos confirmados	Casos con PCR negativa	p
Núm. de pacientes	1,108	357 (32%)	751 (67%)	NS
Edad	32 ± 18 años	26 ± 17 años	35 ± 18 años	NS
Sexo				
Femenino	493 (44%)	167 (46%)	326 (43%)	NS
Masculino	615 (55%)	190 (53%)	425 (56%)	
Días de evolución	3.5 ± 8 días	3.4 ± 7 días	3.6 ± 9 días	NS
Hospitalizados	218 (19%)	78 (21%)	140 (18%)	NS
Apoyo ventilatorio	29 (2.6%)	10 (2%)	19 (2%)	NS
Defunción	31 (2%)	7 (1%)	24 (3%)	NS

NS: no significativa.

Cuadro 5. Síntomas referidos por los pacientes

Síntoma	Total	Casos confirmados	Casos con PCR negativa	p
Fiebre	657 (59%)	243 (68%)	414 (55%)	≤ 0.000
Cefalea	711 (64%)	236 (66%)	475 (63%)	NS
Ataque al estado general	190 (17%)	49 (13%)	141 (18%)	0.028
Tos seca	487 (44%)	171 (47%)	316 (42%)	NS
Odinofagia	247 (22%)	65 (17%)	182 (23%)	NS
Rinorrea hialina	577 (52%)	193 (54%)	384 (51%)	NS
Escalofrío	125 (11%)	34 (9%)	91 (12%)	NS
Rinorrea purulenta	33 (3%)	12 (3%)	21 (2%)	NS
Mialgias	553 (49%)	151 (42%)	402 (53%)	≤ 0.000
Artralgias	139 (12%)	34 (9%)	105 (14%)	NS
Conjuntivitis	84 (7%)	28 (7%)	56 (7%)	NS
Diarrea	123 (11%)	29 (8%)	94 (12%)	0.024
Disnea	197 (17%)	58 (16%)	139 (18%)	NS

N = 1,108 registros.

Cuadro 6. Signos y síntomas manifestados durante la exploración física

Síntoma	Total	Casos confirmados	Casos con PCR negativa	p
Eritema faríngeo	325 (29%)	115 (32%)	210 (28%)	NS
Desorientación	247 (23%)	9 (2%)	37 (4%)	0.055
Tos productiva	247 (22%)	105 (29%)	142 (18%)	≤ 0.000
Coriza	219 (19%)	98 (27%)	121 (16%)	≤ 0.000
Adenomegalias	126 (11%)	45 (12%)	81 (10%)	NS
Disnea	80 (7.2%)	24 (6.7%)	56 (7%)	NS
Estertores	49 (4.4%)	15 (4%)	34 (45%)	NS
Sibilancias	26 (2.3%)	10 (2%)	16 (2%)	NS
Deterioro del estado de alerta	4 (0.4%)	330 (92%)	4 (0.5%)	NS

N = 1,108 registros.

Cuadro 7. Antecedentes de importancia

Antecedente	Total	Casos confirmados	Casos con PCR negativa	p
Hipertensión arterial sistémica	52 (4.7%)	15 (4%)	37 (4%)	NS
Diabetes mellitus	32 (2.9%)	14 (3%)	18 (2%)	NS
Asma	29 (2.6%)	19 (5%)	10 (1.3%)	≤ 0.000
Cardiopatía	19 (1.7%)	6 (1%)	13 (1%)	NS
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 (0.7%)	3 (0.8%)	5 (0.7%)	NS
Cáncer	5 (0.5%)	1 (0.3%)	4 (0.5%)	NS
VIH	3 (0.3%)	2 (0.6%)	1 (0.1%)	NS
Otras	63 (5%)	11 (3%)	52 (6%)	≤ 0.000

N = 1,108 registros.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

niños. El 5.7% de los pacientes refirió estos antecedentes: lupus eritematoso sistémico (2), epilepsia (3), rinosinusitis (2) y esquizofrenia (2), entre otros. El antecedente de otras enfermedades fue mayor en el grupo de pacientes con prueba de PCR negativa.

El 89% de la población estudiada sufrió síndrome de enfermedad similar a la influenza, 92% de la población confirmada padeció dicho síndrome y 87% de los casos no confirmados no cumplió con los criterios para que le fuera diagnosticado este síndrome (Cuadro 8).

Los resultados del diagnóstico establecido durante la valoración inicial, previos al resultado de la prueba confirmatoria, se muestran en el Cuadro 9. El 51% de los pacientes provino de la comunidad; 1.7%, del centro de salud, y 8.7%, de otro hospital.

El 47% de los pacientes fue referido a su domicilio, con datos de alarma y cuidados generales. Se hospitalizó a 60 de los pacientes (5.4%); de éstos, 21% fueron casos positivos para infección por influenza A (H1N1). El resto de los pacientes se envió a consulta externa, a un centro de salud o a otro hospital.

Cuadro 8. Enfermedad similar a la influenza

Enfermedad similar a la influenza	Total	Casos confirmados	Casos con prueba negativa
Manifiesta	991 (89%)	331 (33%)	660 (66%)
Ausente	117 (11%)	17 (14%)	100 (85%)

N = 1,108 registros.

Cuadro 9. Diagnóstico durante la valoración inicial

Diagnóstico	Total	Casos confirmados
Influenza leve	363 (32%)	137 (38%)
Influenza moderada	82 (7%)	29 (8%)
Influenza grave	13 (2%)	7 (2%)
Neumonía	19 (1%)	4 (1%)
Otra enfermedad de la vía respiratoria superior	237 (21%)	69 (19%)

N = 1,108 registros.

En seis meses fallecieron 31 pacientes; en siete de ellos se confirmó infección por influenza A (H1N1). Las edades medias de ambos grupos difirieron; en el de casos confirmados la edad promedio fue de 41 años y en el grupo de infección no confirmada fue de 57 años. En la población pediátrica no hubo ninguna defunción.

Discusión

Nuestros resultados confirman la información publicada previamente por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), que indican que esta enfermedad afecta principalmente a personas menores de 65 años, que el número de pacientes hospitalizados supera el número de defunciones y que estas últimas ocurren en personas menores de 64 años.⁸ El 77% de los pacientes en México tiene entre 18 y 64 años de edad; en la población que estudiamos obtuvimos datos similares, lo cual puede deberse al efecto de la epidemia, a la respuesta social contra la epidemia (aislamientos de la población en edades extremas: niños y adultos mayores) o a la distribución etaria de nuestra población.

La presentación clínica de esta nueva epidemia es distinta a la del cuadro infeccioso por influenza estacional, por lo que 60% de los pacientes son hospitalizados y 90% de los pacientes fallecidos son mayores de 65 años;⁶ en este estudio mostramos que sólo 21% de los casos confirmados requirió hospitalización (edad promedio de 41 años y mortalidad de 1%). Se reconoce que la proporción de adultos jóvenes afectados por esta nueva epidemia es mayor a la proporción de afectados por influenza estacional.

Acerca de las características clínicas de esta epidemia, en el Cuadro 10 se comparan los resultados de este estudio con los de otros estudios publicados. Louie y col. realizaron un estudio acerca de los factores de riesgo asociados con defunciones, por influenza A (H1N1), de casos confirmados y casos probables;⁵ al comparar sus resultados con los expuestos en este estudio se observó una diferencia importante en la población pediátrica. Ellos reportaron que 30% de las defunciones correspondía a personas menores de 17 años, mientras que en nuestro hospital no hubo ninguna muerte en ese grupo de edad.

La diferencia en fiebre, tos, disnea, escalofrío y diarrea —que son más frecuentes en los estudios de pacientes falleci-

Cuadro 10. Resultados de este estudio vs resultados de otros estudios publicados

Características	Casos confirmados en el Hospital General Dr. Manuel Gea González	Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team ⁹	Louie JK y col. ⁵	Domínguez-Cherit G y col. (México) ³	Secretaría de Salud ⁴	British Infection Society, British Thoracic Society, Health Protection Agency ⁶
Influenza	A (H1N1)	A (H1N1)	A (H1N1)	A (H1N1)	A (H1N1)	A interpandémica
Núm. de pacientes	357/1,108	642	1,088	58	573	
Edad media (años)	26	20	27	44		
Niños	33%	60%	31%	7%		
Población estudiada	Abierta	Estudiantes	Hospitalizados	Fallecida	Fallecida	
Defunciones	2%	6%	10%			
Apoyo ventilatorio	2%	18%	25%	96%		
Fiebre	68%	94%	89%	100%	86%	
Tos	47%	92%	66%	98%	82%	~ 85%
Disnea	16%		56%	98%	43%	
Mialgias	42%		33%	60%	18%	~ 53%
Odinofagia	17%	66%	25%		16%	~ 50%
Escalofrío	9%		20%			~ 70%
Diarrea	8%	25%	20%	30%	9.4%	~ 10%
Rinorrea	54%		20%		28%	
Cefalea	66%		19%	57%		~ 65%
Alteración del estado de alerta	13%		6%			
Conjuntivitis	7%		2%			

Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team evaluó únicamente casos confirmados; Louie JK y col. reportaron casos confirmados y casos probables; Domínguez-Cherit y col. estudiaron casos probables, casos confirmados y casos sospechosos; la Secretaría de Salud reportó casos confirmados.

dos—probablemente se deba a una mayor afección sistémica y a una mala respuesta antiviral.^{3,5,6,9} La cefalea y rinorrea, más frecuentes en casos de influenza A (H1N1) confirmada, probablemente se asocian con enfermedad leve. La fiebre y la tos deben ser estudiadas con más detenimiento para poder determinar la gravedad del cuadro, es decir, averiguar si los síntomas son aislados o continuos o si se acompañan de otros datos de afección sistémica.

Con base en los resultados expuestos anteriormente, consideramos que es adecuada la nueva tendencia de no confirmar el diagnóstico en todas las personas que manifiesten presunta infección por influenza A (H1N1); en especial, en personas que residen en áreas afectadas o en las que la enfermedad es leve.^{4,8} Sin embargo, se debe poner atención especial a los pacientes que refieran valoración médica previa. Datos como antecedente de asma, existencia o antecedente de fiebre y existencia de tos productiva o coriza sugieren el diagnóstico de influenza A (H1N1).

En este estudio se reportan los casos ocurridos en los primeros seis meses de la epidemia; durante ese tiempo a la mayoría de los pacientes se les realizó la prueba confirmatoria. Este hecho sustenta los resultados expuestos.

En 12% de la población confirmada hubo adenomegalias cervicales, dicho dato es similar a las adenomegalias cervicales ocurridas por infección por influenza A no pandémica informadas por Zambon y col. y Falsey y col.^{10,11}

Igual que los pacientes con influenza A estacional, los estertores y las sibilancias pulmonares no se manifiestan con frecuencia en los casos confirmados de influenza A (H1N1) [menos de 10%]; éstos ocurren con mayor frecuencia en pacientes con una enfermedad pulmonar crónica.^{6,12,13}

El cuadro clínico de infección por influenza A no complicada, sin importar su subtipo, es similar en cualquier grupo de edad. Los síntomas varían frecuentemente según el subtipo; por ejemplo, durante la pandemia asiática (H2N2) de 1957 los síntomas iniciales más frecuentes fueron cefalea y odinofagia. Distintas cepas se asocian con diferentes cuadros clínicos y gravedades. La cepa H3N2 causa una enfermedad más severa que la cepa humana H1N1. Durante una epidemia la variedad clínica de la infección por influenza A difiere de la influenza interpandémica.^{6,14}

Encontramos que el antecedente de asma debe considerarse factor de riesgo de contraer esta infección.

Los pacientes con infección por influenza A interpandémica (principalmente los niños) pueden cursar con cuadros de otitis media y parotiditis.^{6,15}

Durante una epidemia de influenza, cuando la cepa pandémica se ha detectado en una población susceptible, se espera que la enfermedad similar a la influenza tenga un alto valor predictivo. Sin embargo, el valor predictivo de la enfermedad

similar a la influenza depende de la respuesta de la población afectada, ya que muchas personas (que normalmente no van al médico) acuden a consulta, por lo que el valor predictivo de esta enfermedad se reduce.^{16,17}

Este estudio tiene algunas limitaciones debido a que fue insuficiente la captura de datos que se realizó durante la valoración inicial (hojas de evaluación incompletas) y a que no se dio seguimiento a los pacientes, principalmente. Por eso, es probable que los resultados que mostramos subestimen a la población afectada; sin embargo, se logró distinguir el cuadro clínico de la epidemia de influenza A (H1N1).

Conclusiones

En este estudio se describe la presentación clínica de la infección por influenza A (H1N1) durante el brote inicial en la comunidad. También se comparan las características clínicas de los pacientes con síntomas respiratorios y prueba RT-PCR negativa. Se incluyeron pacientes tratados ambulatoriamente y pacientes graves, hospitalizados durante los primeros seis meses de la epidemia. La población afectada principalmente son adultos jóvenes.

Hasta el momento, éste es el estudio en el que se ha examinado el mayor número de pacientes con síntomas respiratorios agudos, evaluados durante los primeros seis meses de la epidemia de influenza A (H1N1). En otros informes sólo se ha insistido en las características clínicas de los pacientes graves o fallecidos. El 32% de los pacientes con síntomas respiratorios agudos resultó positivo a la prueba de PCR para influenza A (H1N1).

Al analizar los síntomas y signos clínicos fue posible identificar las características sistémicas y respiratorias de la influenza A (H1N1), como tos productiva, fiebre y coriza; también fue posible diferenciarlas de las características de otras enfermedades respiratorias, en las que sobresalen síntomas como mialgias y desorientación. En pacientes que no tuvieron síndrome similar a la influenza el porcentaje que resultó positivo a la infección fue bajo.

Referencias

1. Guía de Manejo Clínico de Influenza A (H1N1). Temporada de otoño-invierno. Secretaría de Salud; 2009.
2. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. N Engl J Med 2009;360:2605-2615.
3. Domínguez-Cherit G, Lapinsky S, Macías AE, Pinto R, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) in Mexico. JAMA 2009;302(17):1880-1887.
4. Influenza, situación actual de la epidemia. www.salud.gob.mx, 20 de noviembre de 2009.
5. Louie JK, Acosta M, Winter K, Jean C, et al. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic

- 209 influenza A (H1N1) infection in California. *JAMA* 2009;302(17):1896-1902.
6. Pandemic influenza –Clinical Guidelines– Updated 29 March 2006. Clinical management of patients with an influenza-like illness during an influenza pandemic. Version 10.5 Provisional guidelines from the British Infection Society, British Thoracic Society, Health Protection Agency.
7. Zambon MC, Stockton JD, Clewley JP, Fleming DM. Contribution of influenza and respiratory syncytial virus to community cases of influenza-like illness: an observational study. *Lancet* 2001;358(9291):1410-1416.
8. CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, Hospitalizations and Deaths in the United States, April-October 17, 2009. Disponible en: http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates/April_October_17.htm
9. Novel Swine-Origin Influenza A H1N1 Virus Investigation Team. Emergence of a Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus in Humans. *N Eng J Med* 2009;360:2605-2615.
10. Zambon MC, Stockton JD, Clewley JP, Fleming DM. Contribution of influenza and respiratory syncytial virus to community cases of influenza-like illness: an observational study. *Lancet* 2001;358(9291):1410-1416.
11. Falsey AR, Treanor JJ, Betts RF, Walsh EE. Viral respiratory infections in the institutionalized elderly: clinical and epidemiologic findings. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(2):115-119.
12. Zambon MC, Stockton JD, Clewley JP, Fleming DM. Contribution of influenza and respiratory syncytial virus to community cases of influenza-like illness: an observational study. *Lancet* 2001;358(9291):1410-1416.
13. Falsey AR, Treanor JJ, Betts RF, Walsh EE. Viral respiratory infections in the institutionalized elderly: clinical and epidemiologic findings. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(2):115-119.
14. Simonsen L, Clarke MJ, Williamson GD, Stroup DF, et al. The impact of influenza epidemics on mortality: introducing a severity index. *Am J Public Health* 1997;87(12):1944-1950.
15. Brill SJ, Gilfillan RF. Acute parotitis associated with influenza type A: a report of twelve cases. *N Engl J Med* 1977;296(24):1391-1392.
16. Zambon MC, Stockton JD, Clewley JP, Fleming DM. Contribution of influenza and respiratory syncytial virus to community cases of influenza-like illness: an observational study. *Lancet* 2001;358(9291):1410-1416.
17. Falsey AR, Treanor JJ, Betts RF, Walsh EE. Viral respiratory infections in the institutionalized elderly: clinical and epidemiologic findings. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(2):115-119.